UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 27

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PURPURA RHUMATOÏDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Juillet 1915.

PAR

Pierre ANDRAUD

Né à Molompize (Cantal), le 19 janvier 1884

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

CARRIEU, Professeur, *Président.*
BAUMEL, Professeur.
PUECH, Profes.-adjoint. } *Assesseurs*
GALAVIELLE, Agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1915

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PURPURA RHUMATOÏDE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 27

65059

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PURPURA RHUMATOÏDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Juillet 1915

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Pierre ANDRAUD

Né à Molompize (Cantal), le 19 janvier 1884

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

CARRIEU, Professeur, *Président.*
BAUMEL, Professeur.
PUECH, Profes.-adjoint.
GALAVIELLE, Agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78
1915

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)..... Doyen.
SARDA..... Assesseur.
IZARD..... Secrétaire

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU (✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O. ✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU ✲, ag. lib. ch. de c.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. lib. ch. d. c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, ag. lib. ch. d. c.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. RICHE.	MM. J. DELMAS.
GRYNFELTT.	CABANNES.	RIMBAUD.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	ROGER.
LEENHARDT.	P. DELMAS.	ETIENNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	LISBONNE.

Examinateurs de la thèse :

MM. CARRIEU, Président. | MM. PUECH, Profes.-adjoint.
BAUMEL, Professeur. | GALAVIELLE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de vive reconnaissance.

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

P. ANDRAUD.

A TOUS MES MAITRES
DES FACULTÉS ET DES HOPITAUX
DE PARIS ET DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
BAUMEL ET PUECH

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GALAVIELLE

P. ANDRAUD.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PURPURA RHUMATOÏDE

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous a été suggérée par notre maître M. le professeur Carrieu, dans le service duquel nous avons pu suivre l'évolution d'un cas de purpura rhumatoïde dont la symptomatologie nous a paru plus complexe que celle des cas publiés jusqu'ici.

Cette forme de purpura, désignée pour la première fois du nom de purpura rhumatoïde par Alb. Mathieu dans sa thèse de 1883, avait été décrite depuis fort longtemps sous des noms divers, suivant l'importance que les auteurs avaient attachée aux symptômes qui accompagnent l'éruption purpurique, à la topographie des éléments éruptifs ou aux causes étiologiques et pathogéniques qui l'avaient provoquée.

Sous le nom de Péliose rhumatismale, Schönlein, en 1829, signalait une affection caractérisée par des douleurs rhumatoïdes. Un peu de malaise, un léger état gastrique et une poussée de pétéchies habituellement limitée aux cous-de-pied, aux genoux, rarement étendue aux coudes et aux épaules.

En 1875, Laget classait sous le nom de purpura sim-

plex exanthématique de nombreux cas de purpura dans lesquels existaient des pétéchies ou des ecchymoses plus ou moins saillantes, affectant particulièrement les membres inférieurs, accompagnées parfois de démangeaisons, de gonflement ou de douleurs articulaires.

Trois ans après, Soyer, dans sa thèse de 1878, sous le nom d'œdème pourpré fébrile, désignait un purpura s'accompagnant d'œdème et d'un état fébrile plus ou moins intense.

Faisans (Th. 1882), à la suite de certains cas de purpura dans lesquels il observa que l'éruption avait pour siège de prédilection le trajet ou l'émergence des nerfs, étaya sa théorie de l'origine nerveuse du purpura et le dénomma Purpura myélopathique.

La même année, Natu, s'inspirant des thèses de Léger 1867, d'Oriou 1877, soutint, avec nombreuses observations à l'appui, l'origine rhumatismale du purpura. Ainsi fut créée une forme de purpura rhumatismal.

Mais, ainsi que l'a fait remarquer, dès 1876, E. Besnier, la coïncidence du purpura avec le rhumatisme vrai est exceptionnelle, et, dans la plupart des cas de purpura, les localisations articulaires sont frustes, erratiques, contestables, au moins en tant que manifestations rhumatismales.

Depuis, les auteurs, abandonnant la théorie de l'origine rhumatismale, frappés par les troubles intestinaux qui précèdent ou accompagnent fréquemment le purpura rhumatoïde, se sont attachés à démontrer l'origine gastro-intestinale du purpura rhumatoïde (Chapron, Th. Paris, 1899; J. Adoue, Th. Toulouse, 1905).

Nous verrons plus loin quelles sont les conclusions auxquelles nous avons abouti par l'étude des faits observés.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

Cette affection se manifeste d'abord par des douleurs localisées aux cous-de-pied, aux genoux. Il y a un peu d'empâtement périarticulaire ou même un peu de gonflement intraarticulaire dû à l'épanchement synovial ; sur les jointures la pression est douloureuse.

Quelquefois le malade accuse des douleurs dans les masses musculaires et sur le trajet des nerfs, douleurs exacerbées par le simple contact des doigts.

Il y a fréquemment de l'œdème au niveau de la région où va se produire l'éruption purpurique ; il disparaît rapidement et laisse après lui l'éruption purpurique.

L'éruption est constituée par des pétéchies et des ecchymoses ordinairement peu étendues, symétriques, ayant pour siège de prédilection les membres inférieurs. Mais si l'éruption comme les douleurs débute généralement par les membres inférieurs, elle peut d'emblée apparaître sur les membres supérieurs, le tronc, rarement à la face, ou envahir ces régions par poussées successives. Dans ces cas généralisés il y a tuméfaction et douleur au niveau des diverses articulations.

Il n'est pas rare de voir se mélanger aux éléments

purpuriques des taches érythémateuses plus ou moins saillantes répondant aux formes papuleuse et noueuse de l'érythème polymorphe, et cette association montre bien, ainsi que l'a fait remarquer surtout Alb. Mathieu (Th. Paris, 1882), les relations étroites qui unissent l'érythème polymorphe et le purpura rhumatoïde.

Dans certaines formes particulièrement étudiées par Laget sous le nom de purpura exanthématique dans sa thèse (Paris, 1875), les éléments éruptifs à la fois érythémateux et purpuriques sont en même temps tuméfiés, saillants et offrent une certaine ressemblance avec des papules ortiées hémorragiques : ces faits montrent bien l'analogie pathogénique des éruptions ortiées et purpuriques. L'éruption est alors accompagnée d'un prurit plus ou moins intense (Th. de Natu, Paris, 1882).

Quelle que soit son apparence morphologique, l'éruption procède par poussées successives, de sorte qu'à côté de taches anciennes plus ou moins décolorées on peut rencontrer des taches nouvelles. Ces poussées surviennent sous l'influence de la fatigue, du surmenage, de la station debout. Elles peuvent apparaître parfois assez longtemps après la cessation des premiers accidents. Ces poussées successives peuvent cependant se produire chez des malades ayant continuellement gardé le lit. C'est ce qui ressort de nombreuses observations citées par divers auteurs, Oriou, Natu, Bucquoy, Laget, Soyer, etc.

Il a été cité des cas aussi où l'éruption s'était faite au niveau de l'émergence des nerfs (Faisans) ou affectait plus particulièrement les parties déclives.

Ordinairement l'éruption de purpura rhumatoïde est précédée ou accompagnée de phénomènes généraux : état fébrile peu intense, céphalée, douleurs épigas-

triques, nausées, vomissements, coliques suivies de diarrhée (Thèse de Natu, Paris, 1820, Obs. X, XI, XII).

Très souvent il y a constipation.

« Les troubles gastro-intestinaux, dit Marfan, peuvent être très peu marqués et passer inaperçus si on ne les recherche pas ; mais quelquefois ils occupent la première place dans le tableau clinique et attirent toute l'attention ; ils font songer à un ulcère simple, à un empoisonnement, à une péritonite, aux crises gastriques du tabes. Ils sont caractérisés par des vomissements alimentaires ou bilieux, avec des douleurs gastralgiques intenses, par de la diarrhée, avec des coliques plus ou moins violentes. La diarrhée est parfois sanglante. Ces troubles gastro-intestinaux précèdent souvent l'apparition du purpura. »

Les hémorragies par les muqueuses : épistaxis, stomatorragie, entérorragie sont rares, et quand elles se produisent sont peu abondantes et rarement répétées. On peut observer des poussées fluxionnaires sur les organes internes: le foie est un peu gros ; nous l'avons trouvé signalé dans plusieurs observations. Il y a assez souvent albuminurie légère.

Les graves complications cardiaques sont exceptionnelles : mais nous avons trouvé dans de nombreuses observations citées par Bucquoy, Dufour, Oriou, Léger, qu'il existait un souffle systolique, doux, non localisé, survenant au cours de la maladie et disparaissant avec elle, et que ces auteurs ont considéré comme un souffle anémique.

Ils signalent aussi fréquemment un souffle anémique dans les vaisseaux du cou.

DIAGNOSTIC

L'observation inédite que nous publions montre combien sont étroites les relations qui existent entre les diverses formes cliniques de purpura.

L'érythème polymorphe précédé ou accompagné de phénomènes généraux, d'arthropathies évoluant par poussées successives, présente avec le purpura rhumatoïde de telles affinités, qu'il est des cas où la confusion ne peut être évitée ; mais, dans les cas bien différenciés, le purpura a pour caractère de siéger plus particulièrement aux membres inférieurs et de persister malgré la pression. L'érythème polymorphe, au contraire, occupe presque également les membres supérieurs et inférieurs et ses éléments s'effacent sous la pression, et dans la forme noueuse les plaques purpuriques surélevées constituent de véritables nodosités quelquefois douloureuses à la pression.

Certains rhumatismes infectieux avec hémorragies cutanées et multiples peuvent en imposer pour le purpura rhumatoïde, mais en diffèrent par la prédominance des manifestations articulaires localisées à un petit

nombre de jointures et par les phénomènes généraux qui les accompagnent.

Le diagnostic avec le scorbut, même dans ses formes atténuées, se fera assez facilement. Les conditions étiologiques, l'état fongueux des gencives, la coexistence d'infiltrations sanguines profondément situées et de consistance dure permettent ordinairement de faire la distinction.

On ne le confondra pas non plus avec les purpuras infectieux qui se développent au cours ou à la suite d'une maladie infectieuse et caractérisés par des hémorragies plus ou moins abondantes par diverses voies et des phénomènes généraux très graves.

On peut encore avoir à faire le diagnostic avec la maladie de Werlhof telle qu'elle est connue en France depuis que Bucquoy et Lasègue en ont décrit un type clinique bien net.

Elle se développe au cours d'une santé parfaite, sans cause ou après une émotion (cas de Lancereaux) ou un traumatisme léger (cas de Hartmann), et débute par une hémorragie plus ou moins abondante, le plus souvent gingivale, quelquefois une épistaxis, plus rarement une hémorragie viscérale.

Dès le lendemain, le surlendemain ou plus tard, dit Lasègue, se produit une éruption pétéchiale plus ou moins confluente occupant les membres inférieurs d'abord, pouvant s'étendre jusqu'au tronc et aux membres supérieurs, ne siégeant jamais à la face. Un peu plus tard, apparition possible de taches plus larges de suggilations, de plaques ecchymotiques se retrouvant parfois même sur la muqueuse buccale. Les hémorragies et les suintements sanguins continuent avec une abondance variable.

La guérison survient en huit ou dix jours généralement.

L'âge de la malade nous fait écarter le scorbut infantile ou maladie de Barlow survenant chez les enfants de 5 à 18 mois nourris au biberon et caractérisée par des tuméfactions osseuses le long du fémur, du tibia, du péroné, du décollement du périoste.

C'est en raison des arthralgies et des arthropathies qui ont accompagné l'éruption, de l'apparition par poussées successives des ecchymoses, du peu de phénomènes généraux, du peu de complications viscérales et de l'évolution rapide et bénigne de la maladie que nous pensons pouvoir ranger le cas que nous avons observé parmi ceux que Alb. Mathieu a décrits sous le nom de *purpura rhumatoïde*.

ETIOLOGIE

Le purpura rhumatoïde s'observe de préférence chez les sujets jeunes à tendance arthritique ou névropathique et tout particulièrement chez les sujets blonds à peau fine et blanche.

On a signalé la fréquence de ce genre de purpura au moment des époques menstruelles ; parfois même il apparaît en suppléance de l'écoulement normal qui fait défaut. On l'observe aussi au début de la grossesse, pendant ou après la grossesse et à l'époque de la ménopause.

Quelquefois, mais rarement, l'individu est surpris en pleine santé apparente, sans qu'on puisse relever l'influence d'aucune cause occasionnelle. Souvent cette cause est le froid, l'humidité, une émotion, la fatigue, la station verticale.

L'influence de la fatigue, du surmenage ressort pleinement des observations de Lailler et a été bien reconnue par Besnier. Lailler attache une non moins grande importance aux chagrins, aux émotions.

Le purpura rhumatoïde peut survenir à la suite d'un écart de régime ou succéder à quelques jours d'inter-

valle à une infection aiguë banale, telle qu'une angine, une stomatite, particulièrement une entérite aiguë, et le rôle de l'infection intestinale est bien démontré par les troubles gastro-intestinaux observés dans de nombreux cas.

Comme l'érythème polymorphe il a une grande fréquence au printemps.

PATHOGÉNIE

Elle présente encore bien des obscurités. Le rôle du système nerveux, bien établi par Hénoch, Couty, Faisans, Alb. Mathieu, découle manifestement de la disposition symétrique de l'éruption et de la coexistence de manifestations articulaires, œdémateuses et gastro-intestinales qui doivent être rapprochées des manifestations de même ordre et de même siège survenant au cours de diverses affections de la moelle. Mais on ne peut préciser le siège médullaire ou ganglionnaire des altérations qui gouvernent le purpura.

Le système nerveux d'ailleurs ne semble y intervenir que comme agent de localisation et comme intermédiaire entre la cause réelle et les manifestations cliniques.

En fait, son intervention est mise en œuvre par le surmenage ou plus souvent encore par une intoxication, auto-intoxication ou hétéro-intoxication.

Les maladies infectieuses provoquent le syndrome purpura rhumatoïde, vraisemblablement non par action directe de leur agent pathogène, car la recherche de cet agent dans le sang ou au niveau des taches a réguliè-

rement donné des résultats négatifs aux auteurs (thèse Apert, 1897), mais plutôt par l'action toxique sur le globule sanguin.

Le purpura rhumatoïde semble donc bien être constamment un purpura toxique de mécanisme nerveux.

ÉTUDE DU SANG

Les altérations du sang ont de tout temps attiré l'attention des observateurs. Les auteurs anciens, à qui l'abus de la saignée permettait de nombreuses observations sur l'aspect du sang retiré et son mode de coagulation, ont décrit minutieusement les modifications du caillot et du sérum des scorbutiques (dont ils ne distinguaient pas les purpuriques).

« Le sang du scorbutique, dit Huxham, ne se partage pas en caillot et en sérosité, mais demeure en une masse uniforme, à demi figée, en général d'une couleur plus livide et plus foncée qu'à l'ordinaire. »

Ce phénomène ne se retrouve pas ordinairement dans les cas de purpura, et dans les cas observés par Apert la coagulation se faisait aussi rapidement et parfois plus rapidement qu'à l'état normal.

Un phénomène plus caractéristique du purpura a été communiqué par Hayem (1895) et Bensaude. C'est l'irrétractibilité du caillot sanguin qu'ils attribuent à une diminution considérable du nombre des hématoblastes.

Enfin Lenoble poussant plus loin l'étude du sang

découvre un nouveau caractère: la présence d'hématies nucléées et de myélocytes.

Les altérations des globules rouges sont généralement peu accentuées; il y a hypoglobulie légère et la valeur globulaire peut être diminuée.

Les globules blancs accusent le plus souvent une hyperleucocytose constituée par une polynucléose neutrophile (70 à 90 p. 100).

Les hématoblastes sont altérés, diminués de nombre, immobiles et séparés les uns des autres.

Ces altérations s'appliquent au purpura considéré comme maladie du sang (Hayem).

Il n'en est plus ainsi dans le purpura hémorragique considéré comme trouble secondaire du sang. Le sang est évidemment touché par le processus hémorragique, mais son atteinte n'est que secondaire.

Il y a hypoglobulie, diminution de la richesse globulaire, fragilité globulaire avec tendance à la fragmentation et à la mise en liberté du pigment sanguin.

Les grands caractères signalés par l'Ecole de Hayem n'existent pas ou sont atténués. Les hématoblastes sont en nombre normal ou un peu diminué. Il y a une légère leucocytose. La coagulation du sang est normale et la rétractilité aussi.

A cette étude nous regrettons de ne pouvoir joindre les résultats de l'examen du sang de la malade que nous avons observée, mais la désorganisation des laboratoires dans les circonstances actuelles ne nous a pas permis d'en faire l'analyse.

ÉVOLUTION, PRONOSTIC, TRAITEMENT

L'évolution est dans la majorité des cas rapide, et la maladie se termine par la guérison en quelques semaines. Il est rare de voir survenir des complications graves, mais on a pu observer des récidives de l'affection à des intervalles plus ou moins longs.

Le traitement est très restreint et ne saurait être que symptomatique, puisque l'agent de la maladie est inconnu.

Imposer le repos au lit au cours de la maladie et même quelques jours après la fin de la poussée éruptive, pour éviter de nouvelles poussées. Mais le repos au lit n'empêche pas ces poussées, c'est ce qui ressort de nombreuses observations.

On a préconisé aussi la compression ouatée, les lotions fraîches sur les membres.

A ces traitements externes on joindra un régime tonique comprenant des végétaux frais et légèrement acides (salades, cresson, citrons), l'emploi de médicaments analgésiques et nervins : sulfate de quinine, salicylate de soude ou opium quand les phénomènes douloureux sont très intenses.

Aujourd'hui on a abandonné les hémostatiques tels que

le perchlorure de fer, le tannin, l'ergot de seigle, dont l'action est considérée comme nulle.

Depuis que Wright et Apert ont préconisé le chlorure de calcium, on a obtenu avec ce médicament des résultats assez satisfaisants.

Lorsque le purpura rhumatoïde s'accompagne de troubles gastro-intestinaux on se trouvera bien d'employer les purgatifs légers répétés et les grands lavages d'intestin, et dans les infections les antiseptiques tels que urotropine, salol, quinine.

Enfin, puisqu'il existe une lésion sanguine avec anémie consécutive, on donnera des ferrugineux, et particulièrement le protoxalate de fer.

OBSERVATIONS

Observation I

(Personnelle)

B... J..., 21 ans, domestique à Montpellier.

Entrée le 29 mars 1915.

Le 26 mars 1915, au troisième jour de ses règles qui se sont arrêtées au quatrième jour (durée habituelle six jours), à la suite de chagrins au cours d'une longue promenade, la malade a ressenti des picotements et des élancements dans les jambes. Elle a éprouvé une grande fatigue, et en rentrant s'est évanouie deux fois. Elle s'est alitée aussitôt.

Les jambes étaient enflées et présentaient de nombreuses petites plaques rouges surélevées, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes ou 1 franc, et d'autres plus ou moins confluentes, siège d'un prurit intense. Quelques heures après, les chevilles, le dos du pied et les genoux sont devenus douloureux.

L'éruption s'est étendue aux cuisses, les plaques y

étaient surélevées à peine de la largeur d'une pièce de 50 centimes et très éloignées les unes des autres.

Dans la nuit du 27 au 28, de nouvelles plaques plus larges, confluentes, ont apparu, surtout dans la région fessière droite, dans le dos, l'épaule gauche, les bras et les avant-bras, en dernier lieu la face au niveau du front et des paupières, particulièrement les paupières de l'œil droit.

En même temps, douleurs dans les articulations temporo-maxillaires, les épaules, les coudes et les poignets.

Les gencives étaient rouges, douloureuses et saignaient. La voix était enrouée.

Pas d'épistaxis, pas d'hémoptysie, pas d'hématurie, pas d'hématémèses, pas de mœlena, pas de vomissements, constipation et douleur épigastrique. Hier soir, température 38°7; ce matin 37°9.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein maternel. Rougeole à l'âge de 2 ans. Réglée à 16 ans. Jamais de pertes blanches. Jamais d'épistaxis. Jamais de rhumatisme. Jamais d'autres maladies. Pas de constipation habituelle.

A toujours vécu à la campagne, si ce n'est les quatre mois avant sa maladie.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Parents et frères bien portants.

30 mars matin. — Examen. — Plaques diverses nombreuses plus ou moins confluentes, ecchymotiques sur fond jaune, ne disparaissant pas à la pression, sauf la zone marginale de quelques-unes.

Jambes. — Vieilles plaques ombrées, ecchymotiques, assez grandes.

Nouvelles plaques plus claires, violacées, larges, plus

ou moins confluentes, à la limite desquelles on voit des saillies urticariennes.

Ces plaques forment, par endroit, des placards : elles sont plus marquées sur la face antéro-externe des jambes, mais il en existe aux cous-de-pied, douloureuses à la pression et qui sont le siège d'élancements et de démangeaisons.

Les chevilles sont enflées, surtout la gauche.

Les genoux sont douloureux, particulièrement le droit qui est enflé et présente un peu d'épanchement intra-articulaire.

Cuisses. — Plaques isolées, annulaires ou ovalaires, surélevées, de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

Abdomen. — Néant.

Thorax. — Vastes ecchymoses purpuriques, couleur marron foncé, engainant le mamelon, plus étendues à la partie supérieure, légèrement saillantes, à la limite desquelles on voit des saillies urticariennes.

Bras et avant-bras. — Larges plaques ecchymotiques d'aspect framboisé, au 1/3 supérieur et moyen sur la face antéro-externe, plus sombres au niveau des vaccins.

Même aspect aux avant-bras, surtout le droit.

Les bras, les coudes, les avant-bras, les poignets et les mains un peu gonflés et douloureux.

Région fessière droite. — Grande plaque ecchymotique de la largeur de la main, à bords saillants.

Région dorsale. — Large plaque ecchymotique sur l'épaule gauche à bords saillants.

Face. — Larges plaques s'étendant sur toute la face ; les paupières sont gonflées, surtout les supérieures et particulièrement la droite.

Pas de plaques sur les conjonctives.

Appareil digestif. — Langue saburrale (pas de selles depuis deux jours), muqueuse buccale rouge, surtout au niveau de l'insertion des dents, pas d'hémorragie gingivale.

Pharynx rouge vif mais pas de plaques ecchymotiques.

Larynx. — Un peu d'enrouement.

Poumon. — Néant.

Cœur. — Souffle intense au premier temps, s'entend mieux à la pointe qu'à la base.

Foie. — Douleur à la pression dans l'hypocondre droit. Le foie commence à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, mais ne dépasse pas les fausses côtes.

Rate. — Non douloureuse, non perceptible.

Reins. — Néant.

Urines un peu moins abondantes et rouges.

A l'analyse :

Albumine. . 0 gr. 10.

Sang..... Réaction de Mayer négative.

Traitement :

Eau de Sedlitz.

Eau oxygénée à 1/10 à prendre par petites tasses.

Citrons, oranges.

Chlorure de calcium, 3 gr.

30 au soir. — T. 38°2. Nouvelles plaques ecchymotiques sur le poignet gauche, enflure plus accentuée.

31 mars matin. — Céphalée légère, petite épistaxis, les gencives ont saigné mais pas de plaques ecchymotiques. Les plaques en général s'effacent, l'enflure du poignet gauche diminue. A la cuisse gauche, les taches sont plus rouges mais pas de nouvelles. Aux cous-de-pied, trois, quatre nouvelles. Aux genoux, petites plaques surélevées. Au mollet droit, formation de petites phlyc-

tènes hémorragiques sous-épidermiques au niveau de 4-5 pétéchies.

Foie. — Douloureux, dépasse à peine d'un travers de doigt les fausses côtes.

Cœur. — Souffle au premier temps un peu atténué.

1er avril. — T. 37°6. Langue saburrale. Taches s'effacent. Au poignet gauche, 2-3 petites plaques surélevées urticariennes. Pied gauche encore un peu douloureux. Genou droit moins enflé et moins douloureux. Pas de douleurs dans les os. Pas de ganglions. Rate ni grosse ni douloureuse.

Dans l'après-midi, démangeaisons et extravasations sanguines sous-dermiques, lenticulaires à la face plantaire et palmaire. T. 37°7.

2 avril. — T. 37°2. Les plaques prennent une teinte jaunâtre. T. 37°5.

Du 3 au 6 avril, la température évolue entre 36°9 et 37°1. Le chlorure de Ca est supprimé le 4. Les phlyctènes se cicatrisent et les extravasations sanguines sous-dermiques ne sont ni perceptibles, ni prurigineuses.

6 avril. — T. 37°3. Mange un œuf. Est allée à la selle sans lavement. Le soir, 37°5.

7 avril. — T. 38°. Céphalée. Quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite, pas de douleur, diète. Le soir, T. 38°1.

8 avril. — T. 37°4. Pharyngite. Gargarismes au bicarbonate et salicylate de soude. Soir, T. 37°1.

9 avril. — Pharyngite s'atténue. T. 36°7 et soir 37°2. Les taches sont presque imperceptibles, à peine ombrées. Reprise de l'alimentation.

12 avril. — Cœur. Souffle doux au premier temps, sans localisation. Souffle dans les carotides. La malade a maigri un peu, a pâli mais a très bon appétit.

Protoxalate de fer..... 0 gr. 10
Extrait de gentiane..... 0 gr. 10

p. 1 pilule n° 50, quatre par jour.

La malade sort dans un état très satisfaisant le 15 avril.

Depuis lors la malade est à la campagne ; elle n'a plus eu d'accidents et est dans un état excellent.

Réflexions. — Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Elle nous montre un cas de purpura rhumatoïde survenant chez une jeune fille en pleine santé, en dehors de toute atteinte de rhumatisme et sans antécédent rhumatismal. La cause morbide nous échappe et nous ne voyons que des causes occasionnelles : la fatigue, les chagrins, l'infection intestinale, la constipation.

La relation qui existe entre ce purpura et l'époque menstruelle peut soulever la question de la dérivation sanguine par un mécanisme nerveux.

Bien plus intéressante est la morphologie de l'éruption. C'est une véritable image composite. Nous y trouvons sous une forme atténuée les caractères de l'érythème noueux : plaques rondes ou ovalaires, surélevées, douloureuses et pourprées ; du purpura rhumatismal : douleur ; du purpura urticans : effacement à la pression et prurit ; du purpura hémorragique : larges plaques ecchymotiques saillantes, comparables à des extravasations sanguines superficielles, phlyctènes hémorragiques sous-épidermiques et sous-dermiques et hémorragies des muqueuses pituitaire et gingivale.

Malgré l'étude de ces placards ecchymotiques, la mar-

che de la maladie est rapide et se termine par la guérison sans autres complications qu'un peu de constipation, une légère hypertrophie du foie et un souffle anémique au cœur et dans les carotides.

Toutes ces manifestations cliniques multiples : érythème noueux, pétéchies, ecchymoses hémorragiques, ne sont que des syndromes extérieurs de la même cause.

Observation II

(Citée par Habershon)

Caroline B..., 32 ans.

Entrée le 11 octobre 1857.

Quinze jours avant, s'étant exposée au froid et à l'humidité au moment de ses règles, elle vit apparaître sur ses jambes, ses cuisses, ses bras et sur tout le corps un grand nombre de taches pourprées.

23 octobre. — Taches avaient presque disparu.

26. — Nouvelle poussée précédée par de l'urticaire. Plus tard, vomissements, diarrhée.

31. — Nouvelle poussée précédée par de l'urticaire. Quelques jours après, guérison.

Observation III

(Publiée par Robert Liveing, en Angleterre, 1877)

Il s'agit d'un jeune homme admis à l'hôpital avec les symptômes d'une attaque légère de rhumatisme articulaire aigu; les deux chevilles étaient rouges, tuméfiées. Sur le cou-de-pied se voyaient de larges plaques d'érythème entremêlées de taches de purpura. Tout le long de la partie interne il y avait de nombreuses taches purpuriques mais sans érythème. Aux bras et aux poignets l'éruption paraissait plutôt érythémateuse. La maladie a duré plusieurs semaines. Pendant ce temps il y a eu du gonflement des genoux. Des taches purpuriques fraîches sont apparues de temps en temps sur les jambes et sur les pieds. Après quelques semaines, le malade était en pleine convalescence lorqu'il y eut une rechute avec les mêmes accidents.

Observation IV

(Laget. — Th. Paris, 1875)

Jeune homme de 15 ans, ayant eu à plusieurs reprises des poussées de rhumatisme articulaire.

Quinze jours avant l'entrée, un peu de fièvre, douleurs

dans les jointures. Quatre jours avant, poussées successives de purpura sur les jambes, le dos, les bras et les avant-bras.

A l'entrée, pétéchies récentes sur les cuisses et les jambes ; papules ortiées au niveau des genoux dans lesquels il existe un peu d'épanchement synovial. Groupement symétrique.

Le lendemain, les papules sont remplacées par des taches hémorragiques. Le soir, au genou, nouvelle poussée, d'abord papuleuse, puis ecchymotique.

Guérison en trois semaines.

Observation V

(Bucquoy. — Thèse Paris, 1855)

Homme, 25 ans. Le 2 mai, quelques frissons, lassitude ; douleur dans les jointures. Taches purpuriques sur les jambes ; gonflement des jambes et des coudes.

6 mai. — Pas de fièvre, pas de chaleur à la peau, forces conservées ; pétéchies sur les membres inférieurs et le dos.

8. — A la suite d'une promenade, gonflement des mains. Pas de douleur à la pression, pas de fièvre, pas de malaise.

10. — Gonflement de la moitié supérieure de l'avant-bras droit ; peau tendue, chaude, rouge.

Nouvelles poussées pétéchiales sur les cuisses.

14. — Petites ecchymoses sur les cuisses et les bras, quelques-unes annulaires.

Gencives douloureuses et saignantes.

27. — Gonflement des deux jambes. Éruption d'une grande quantité de taches purpuriques nouvelles.

Des accidents analogues se succèdent jusqu'au commencement de juillet.

Observation VI

(Léger. — Th. Paris, 1867.)

Homme de 20 ans. Pas de maladie antérieure. Père atteint de rhumatisme articulaire aigu. Torticolis ; quatre jours plus tard, taches de purpura sur les jambes; douleurs et gonflement articulaire, taches ecchymotiques au niveau des genoux.

3 avril. — Ecchymoses sur les cuisses ; douleurs et gonflement de la main droite ; grande ecchymose de la largeur de la main sur la cuisse droite ; quelques taches ecchymotiques sur la face.

Douleur, rougeur et gonflement léger des genoux et de la main droite. Épanchement dans le genou gauche. Gonflement œdémateux rose de la main droite. Fièvre modérée. État général peu grave.

4. — Ecchymoses papuleuses des cuisses et des bras, du tronc et des fesses. Douleur et gonflement œdémateux rosé du cou-de-pied gauche. Ecchymose saillante du front.

6. — Œdème de toute la face à droite.

8. — Éruption papuleuse et purpurique sur la partie antérieure du tronc. Ecchymose du voile du palais.

9. — Gonflement œdémateux considérable avec rougeur et douleur à la pression sur la face dorsale des mains.

Des pressions analogues purpuriques et œdémateuses continuent à se faire jusqu'au 24 avril.

Observation VII

(Résumée. — Mémoire de Blachez, 1865)

J..., feuillagiste, 18 ans, entré le 24 mai. Santé habituellement bonne. A plusieurs reprises, douleurs vagues. Il y a 15 jours, accès de fièvre, après refoidissement.

Depuis 3-4 jours, douleurs peu intenses dans les genoux et les mollets.

Hier matin, fourmillement dans les jambes, et dans la journée éruption de taches d'un rouge violacé.

24 mai. — Pas de fièvre. Eruption de purpura sur les jambes et les cuisses. Rien sur le tronc. Au-dessous des taches, masses musculaires douloureuses à la pression ; les picotements ont disparu dès que les taches se sont montrées. Souffle anémique à la base du cœur.

Du 24 au 29, taches s'effacent.

Le 29 et jours suivants, des douleurs vives envahissent successivement un grand nombre d'articulations, en même temps qu'apparaît un souffle systolique de la pointe.

Traitement : 2 saignées de 300 gr.

1er juin. — Amélioration.

4. — Purpura reparaît aux jambes et aux cuisses, taches confluentes aux jarrets. Disparition de douleurs articulaires, le malade se lève.

7. — Sorti de l'hôpital conservant encore des taches sans manifestations articulaires.

CONCLUSIONS

I. — Le purpura rhumatoïde peut avoir une symptomatologie complexe au point de vue des phénomènes cutanés, comme le démontre notre observation.

II. — Au point de vue pathogénique, nous pouvons considérer le purpura comme une maladie d'origine inconnue, et pouvant suivant les prédispositions, sous l'action de causes occasionnelles variées, surprendre un sujet en pleine santé ou survenir au cours d'une maladie infectieuse.

III. — Au point de vue pratique, les indications thérapeutiques se tirent du mode pathogénique trouvé et seront variées suivant les cas. Toutes s'adresseront à la lésion sanguine et s'attacheront à ramener le sang à sa constitution normale.

BIBLIOGRAPHIE

Adoue (J.). — Troubles gastro-intestinaux dans le purpura rhumatoïde (Th. Toulouse, 1905).

Apert. — Purpura (Th. Paris, 1897).

Bensaude. — Société méd. des Hôp., 1897.

Besnier (E.).— Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (Art. Rhumatisme).

Bouchard et Brissaud. — Traité de médecine, t. III (Art. Purpura, par G. Thibierge).

Brouardel et Gilbert. — Nouveau traité de médecine et de thérapeutique (Art. Purpura, par Gaucher).

Bucquoy. — Purpura hemorragica idiopathique (Th. Paris, 1855).

Chapron. — Origine infectieuse du purpura rhumatoïde (Th. Paris, 1899).

Claude. — Purpura rhumatoïde et phénomènes gastro-intestinaux (Revue des maladies de l'enfance, n° 14, 1896).

Comby (J.). — Progrès médic., 28 août 1880.

Du Castel. — Th. d'agrégation, 1883.

Enriquez. — Traité de médecine.

Faisans. — Du purpura myélopathique (Th. de Paris, 1882).

Fuchs. — Bullet. méd. de Ferrassac, t. XVIII.

Hayem. — Du purpura (Presse médicale, 1895).

Hénoch. — Berlin. Klin. Wochens., 1871.

Hutinel. — De quelques variétés cliniques de purpura (Sem. méd., 1890, p. 105).

Klippel et Lhermitte. — Examen du sang dans les purpuras (Arch. gén. de méd., 2 février 1904).

Lebreton. — Un cas de purpura infectieux (Soc. méd. des Hôp., séance 26 janv. 1894).

Liveing (Robert). — Lancet, t. II, 1877.

Mathieu. — Purpuras hémorragiques (Th. Paris, 1882).

Mossé et Iversencq. — Purpura infectieux. Action coagulante des sécrétions internes du foie (Congrès de Nantes, 1898).

Natu. — Purpura rhumatismal (Th. Paris, 1882)..

Oriou. — Rapports du purpura avec le rhumatisme (Th. Paris, 1877).

Soyer. — Œdème pourpré fébrile (Th. Paris, 1878).

Times medical, 1877. — Remarks on rheumatic purpura, by Liveing.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 2 juillet 1915
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 2 juillet 1915
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE